



Vyplňte vždy [Always complete]

ŽÁDOST / OZNÁMENÍ

APPLICATION / NOTIFICATION

Pojistná smlouva číslo: uzavřená dne:
*Insurance policy no.: taken out on:*Pojistník (ten, kdo s pojistitelem uzavřel výše uvedenou pojistnou smlouvu)
*Policyholder (the party which took out the insurance policy specified above with the insurer)*Jméno: Příjmení:
*Name: Surname:*Název: Datum narození:
*Corporate name: Date of birth:*Adresa bydliště nebo sídla v České republice (korespondenční - ulice, obec, PSČ): IČ:
*Address of residence or registered office in the Czech Republic (correspondence street, municipality, postal code): Company no.:*Číslo účtu:
*Account no.: Only complete if settlement of the premium may relate to carrying out the change.*V případě skupinového pojištění uveďte číslo pojištěného, kterého se týkají požadované změny. Číslo pojištěného:
In the case of group insurance please provide the number of the insured person to whom the required changes relate. Number of insured person:

Vyplňte pouze požadované změny [Please fill in the required changes only]

☐ **Změna jména/ Názevu:** (K provedení této změny je nutná kopie dokumentu potvrzující změnu)
*Change of name/corporate name: (A copy of a document corroborating this change must be submitted)*Pojistník: Jméno: Příjmení/ Název:
*Policyholder: Name: Surname/Corporate name:*Pojištěný: Jméno: Příjmení:
Insured: Name: Surname:☐ **Změna adresy:**
Change of address:☐ Pojistník
Policyholder
☐ Pojištěný
Insured☐ Trvalá
Permanent
☐ Korespondenční
*Correspondence*Nová adresa: Ulice, č.p.: Obec - dodací pošta:
*New address: Street, no.: Municipality - delivery post office:*PSČ: Telefon: E-mail:
Postal code: Telephone: E-mail:☐ **Změna pojistné doby** (v případě jednorázového pojistného) / **změna pojistného období** (v případě běžného pojistného):
Change to duration of cover (in case of single premium) / Change to term of insurance (in case of regular premium):☐ Původní pojistná doba: od do Nová pojistná doba: od do
Original duration of cover: from to New duration of cover: from to☐ Nové pojistné období:
New term of insurance:☐ **Zánik pojištění:**
Dissolution of insurance:☐ Výpověď:
Cancellation:☐ Do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy
Within 2 months of the date the insurance policy was signed☐ Pojištění s běžným pojistným (doručení do 6 týdnů před uplynutím pojistného období)
Insurance with regular premium (delivery within 6 weeks prior to the expiry of the term of insurance)☐ Jiná (důvod)
Miscellaneous (Reason)☐ Dohoda:
Agreement:☐ Před počátkem pojistné doby
Prior to the coverage commencing☐ Po počátku pojistné doby
After the coverage has commenced☐ Změna pojištění
Change of insurance scheme☐ Odstoupení od pojistné smlouvy
*Repudiation of insurance policy*Důvod zániku pojištění:
Reason for dissolution of insurance:☐ **Jiné změny** (změna karenční doby, změna hranice plnění - limit/poj. částka, připojištění - odpojištění, změna obmyšlených osob nebo vinkulace*) apod.):
*Other changes: (change of qualifying period, change of benefits limit - limit/sum insured, supplementary insurance - deinsurance, change of beneficiary or loss payee clause *) and the like)**) V případě změny obmyšlených osob nebo vinkulace je nutný podpis pojištěného.
In case of change of beneficiary or loss payee clause must be signed by the insured......
Podpis pojištěného [Signature of insured]

Vyplňte vždy [Always complete]

Pojistník prohlašuje, že pokud se změny týkají pojištěného, tak ho o změnách informoval a ten se změnou souhlasí.
*The policyholder declares that if the changes relate to the insured, he will inform the beneficiary of these changes and the beneficiary will agree to them.*Pojistník si je vědom, že veškeré změny požadované v tomto návrhu na změnu pojistné smlouvy podléhají schválení pojistitele.
The policyholder takes due note of the fact that all the changes requested in this application for a change of insurance policy are subject to approval by the insurer.

Datum [Date]

Podpis pojistníka [Policyholder's signature]

Je-li žádost/oznámení podáno prostřednictvím zprostředkovatele, uveďte následující údaje:

If the application/notification is submitted by means of a broker, please specify the following information:

Zástupce pojistitele - zprostředkovatel:
*Insurer's representative - broker:*Jméno: Tel.:
*Name: Tel.:*Pracoviště: E-mail:
*Workplace: E-mail:*Adresa:
Address:

Datum převzetí zprostředkovatelem [Date accepted by the broker]

Podpis a otisk razítka zprostředkovatele [Broker's signature and official stamp]

Přílohy (nutno přiložit všechny přílohy potřebné k realizaci změny):
Attachments (all attachments needed to make the change must be submitted):